

RICHIESTA AUTORIZZAZIONE MISSIONE

Nominativo _____ C.F. _____

Qualifica _____ In servizio c/o _____

Data inizio missione _____ Data termine missione _____ Località della missione _____

Mezzo di trasporto usato _____ Finalità della missione _____

DICHIARAZIONE AI FINI ASSICURATIVI

Il sottoscritto è a conoscenza che la mancata o ritardata comunicazione alla Segreteria del Dipartimento di eventuale rinuncia o di qualsiasi variazione relativa alla durata, decorrenza o modalità della missione prima della suddetta data e, comunque prima dell'inizio della missione, nonché il mancato invio, al termine di essa della domanda di liquidazione anche in caso non di richiesta di rimborso spese, costituirà debito verso l'Amministrazione universitaria per le quote assicurative da essa pagate a mio conto.

DICHIARAZIONE DISPONIBILITA' FONDI

La spesa della missione dovrà gravare sui fondi _____

di cui è titolare _____

Caserta, lì _____

(Firma del titolare del fondo)

VISTO SI AUTORIZZA
IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

Firma di chi effettua la missione

DICHIARAZIONE DI AUTORIZZAZIONE ALL'UTILIZZO DEL MEZZO PROPRIO

Il sottoscritto Prof./Dott. _____ chiede di essere autorizzato all'utilizzo del mezzo proprio perché:

- La missione non può essere espletata con i mezzi pubblici di trasporto in quanto la località è difficilmente raggiungibile;
- Sussiste un'evidente economicità connessa al numero dei partecipanti (specificare il n° _____)
- Altri motivi, (specificare) _____

Il sottoscritto dichiara di sollevare l'Università da ogni responsabilità derivante dall'uso dell'auto privata, di proprietà di _____

_____ specificare: modello _____ e targa _____

Il sottoscritto Prof./Dott. _____ dichiara altresì che, con riferimento alla missione di cui sopra, non godrà di ulteriori finanziamenti.

VISTO SI AUTORIZZA L'UTILIZZO DEL MEZZO PROPRIO
(Il Direttore del Dipartimento)

Visto l'autorizzazione del Titolare del Fondo
Autorizza la missione
IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO
(Prof. Luigi TROJANO)

AL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO
DI PSICOLOGIA

SEDE

DOMANDA DI LIQUIDAZIONE

Il/La sottoscritto/a _____

nato il _____ a _____ prov. _____ residente a _____

Via _____ n. _____ cap. _____

Qualifica _____ Codice Fiscale _____

In servizio presso _____

Chiede alla S.V. di voler provvedere alla liquidazione delle spese della missione effettuata a

Iniziata alle ore _____ del _____ e terminata alle ore _____ del _____

RIMBORSO SPESE

Allegare regolari fatture e/o Ricevute Fiscali:

Alloggio: _____

Vitto: _____

Spese di viaggio: Biglietti, supplementi

Da _____ a _____ a _____ aereo € _____

Da _____ a _____ a _____ nave € _____

Da _____ a _____ a _____ taxi € _____

Da _____ a _____ a _____ treno € _____

Da _____ a _____ a _____ bus € _____

Dichiara di aver pagato una quota di iscrizione di € _____

Dichiara di aver ricevuto un'anticipazione di € _____ con mandato n. _____ del _____

Si chiede, in luogo della quietanza del medesimo, che le spettanze di cui sopra, vengano accreditate sul:

c/c bancario n. _____ presso _____

Agenzia n. _____ sede di _____ Via _____

_____ c.a.p. _____ Città _____

ABI _____ CAB _____

Il sottoscritto dichiara che la liquidazione dovrà essere corrisposta:

Fino ad esaurimento del Fondo a disposizione

Altro _____

Caserta, li _____

_____ (firma)

(La dichiarazione del personale che si è recato in missione e la convalida del Direttore del Dipartimento o del Preside di Facoltà sono espresse in conformità di quanto previsto dall'art. 26, comma 1° della legge 4 gennaio 1968 n.15).
La durata della missione del personale non docente dovrà essere documentata secondo il disposto dell'art.8 della legge 18.12.1973 n. 836.